

장애 급여 요청 방법

장애가 발생하기 전에 이 양식을 제출하지 마세요. 급여 혜택을 잃지 않으려면 장애가 발생한 날부터 달력상 30일 내에 청구서를 작성하여 제출해야 합니다. 기록을 위해 모든 양식과 문서의 사본을 보관하세요.

1. 고용 중에 장애인이 되었거나 고용 종료 후 사(4) 주 내에 장애인이 되었기 때문에 이 양식을 사용하는 경우, 귀하의 고용주 또는 마지막 고용주의 보험회사에게 작성한 청구서를 제출해야 합니다. Workers' Compensation Board의 웹사이트 www.wcb.ny.gov에서 고용주 보장 검색(Employer Coverage Search)을 사용하여 고용주의 장애 보험회사를 찾을 수 있습니다.
2. 고용 종료 후 사(4) 주 이상 실직 상태에서 장애인이 되어 이 양식을 사용하는 경우, 다음 주소로 작성한 청구서를 우편으로 보내세요. **Workers' Compensation Board, Disability Benefits Bureau, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029.** 질문 13.B.4에 "예"라고 답한 경우, 양식 DB-450.1을 작성해서 첨부하세요.

참조: 이 양식에는 담당 의료 서비스 제공자 및 귀하의 고용주가 작성해야 하는 항목들이 있습니다. 고용주에게 양식을 제공하기 전에 근로자가 기입해야 하는 항목을 작성하고 사본은 기록용으로 보관하세요.

- 의료 서비스 제공자는 7일 내에 파트 B를 작성하여 근로자에게 양식을 돌려줘야 합니다. 지연이 있을 경우, 보험회사에 양식을 제출하는 것을 기다려야 합니다. 파트 B 작성이 완료되지 않은 경우(또는 작성하지 않은 빈칸이 있는 경우) , 급여 지불이 지연될 수 있습니다.
- 귀하의 고용주는 파트 C를 작성하여 영업일 기준 3일 내에 귀하에게 양식을 돌려줘야 합니다. 지연되는 경우라도 진행하기 위해서 기다릴 필요는 없으며, 귀하의 고용주의 보험회사에 해당 양식을 보내야 합니다. 보험회사는 고용주가 해당 항목을 작성하지 않았다는 이유만으로 장애 급여 요청을 거절할 수 없습니다.

알아둬야 할 중요한 정보:

장애 휴가의 첫날 또는 고용주나 보험회사가 작성된 청구서를 수령한 날 중에 나중에 도래하는 날로부터 18일 내에 응답을 받게 됩니다. 청구가 거부되는 경우, 장애 급여 청구 거부 통지(Notice of Denial of Claim for Disability Benefits, 양식 DB-DEN) 또는 장애 급여 청구의 전체 또는 일부 거부 통지(Notice of Total or Partial Rejection of Claim for Disability Benefits, 양식 DB-451)를 받게 됩니다. 양식 DB-DEN을 받을 경우, 장애 휴가의 첫날 또는 고용주나 보험회사가 작성된 청구서를 수령한 날 중에 나중에 도래하는 날로부터 45일 내에 추가 정보와 함께 양식 DB-451을 받게 됩니다.

18일 이내에(또는 양식 DB-451을 45일 이내에) 답변을 받지 못하거나 장애 급여 청구서에 대해 질문이 있는 경우, 고용주의 보험회사에 문의하세요. 장애 급여에 대한 일반 정보는 www.wcb.ny.gov를 방문하거나 Board의 장애급여국(Disability Benefits Bureau)에 (877) 632-4996번으로 문의하세요.

장애급여 청구 통지 및 증명(Notice and Proof of Claim for Disability Benefits, 양식 DB-450) 지침

파트 A - 근로자 정보 (근로자가 작성)

이 파트의 모든 질문에 답해야 합니다.

질문 9: 평균 총주급을 최대한 정확하게 추정하여 입력합니다. 장애가 발생하기 전에 마지막 고용주로부터 받은 총임금을 사용하여 표를 작성합니다. 장애가 발생하기 이전 8주 동안에 고용주가 둘 이상인 경우에는 그 고용주들로부터 받은 모든 임금 정보도 포함합니다.

1단계: 초과근무수당 및 수령한 팁을 포함하여 장애가 발생한 날로부터 이전 8주 동안 받은 모든 총임금(공제 전)을 더합니다. (보너스 및/또는 커미션을 계산하는 방법에 대해서는 3단계를 참조합니다.)

2단계: 1단계에서 계산한 총임금을 8(8주 미만 근무한 경우에는 근무한 주 수)로 나눠 평균 주급을 계산합니다.

3단계: 장애가 발생한 날 이전 52주 동안에 보너스 및/또는 커미션을 받은 경우, 비례 계산하여 산출한 주당 금액을 평균 주급에 더합니다. 비례 계산하여 주당 금액을 산정하려면, 이전 52주 동안에 받은 모든 보너스/커미션을 더하고 이 값을 52로 나눕니다.

파트 B - 의료 서비스 제공자의 진술 (의료 서비스 제공자가 작성)

의료 서비스 제공자는 이 진술문을 모두 작성해서 이 양식을 수령한 날로부터 7일 내에 돌려줘야 합니다.

파트 C - 고용주 정보 (고용주가 작성)

고용주는 이 항목을 작성해서 수령일로부터 영업일 기준 3일 내에 근로자에게 돌려줘야 합니다.

질문 6: 장애 동안에도 임금이 계속해서 지급된 경우, 급여 지속, 유급 휴가 이용, 병가 등 임금이 지급된 방식을 자세히 기입합니다.

질문 8: 장애가 발생한 날 이전 8주 동안에 직원이 받은 임금을 입력합니다. 지급된 총액은 근로자의 총주급이며, 해당 주에 대한 모든 초과근무수당 및 팁을 포함하고 이전 52주 동안에 받은 모든 보너스나 커미션을 비례 계산한 주당 금액을 더합니다. (자세한 단계에 대해서는 파트 A 지침의 질문 9를 참조합니다). 지급된 총액을 더하여 평균 총주급을 계산한 다음에 합계를 8(8주 미만 근무한 경우에는 근무한 주 수)로 나눕니다.

파트 A - 청구인의 정보 (정자체로 기재하거나 입력하세요)

1. 성: _____ 이름: _____ 중간 이니셜: _____
2. 우편 주소(거리 및 아파트 번호): _____
 시: _____ 주: _____ 우편번호: _____
3. 주간 전화번호: _____ 이메일 주소: _____
4. 사회보장번호(SSN): _____ - _____ - _____ 5. 생년월일: ____ / ____ / _____ 6. 성별: 남성 여성 X
7. 자신의 장애에 대해 설명하세요(상해인 경우 어떻게, 언제 그리고 어디에서 발생했는지 기재하세요). _____

8. 장애인이 된 날짜: ____ / ____ / _____ 해당 일자에 일했습니까? 예 아니요
 그 장애에서 회복되었습니까? 예 아니요 "예"라고 답한 경우, 직장에 복귀한 날짜: ____ / ____ / _____
 그 이후로 임금이나 소득을 벌기 위해 일했습니까? 예 아니요 "예"라고 답한 경우, 날짜를 기재하세요. _____
9. 장애가 발생하기 전 마지막 고용주의 이름을 기재하세요. 지난 팔(8) 주 동안 고용주가 둘 이상인 경우 모든 고용주를 기재하세요. 평균 주급은 지난 팔(8) 주 동안에 받은 모든 임금을 기준으로 합니다.

장애가 발생하기 전 마지막 고용주(들)			고용 기간		평균 주급 (보너스, 팁, 커미션, 합리적인 가치의 식대, 렌트 등을 포함)
기업명 또는 상호	주소	전화번호	첫 근무일 (월/일/년)	마지막 근무일 (월/일/년)	

장애가 발생하기 이전 8주 동안에 받은 모든 임금을 아래에 입력합니다(위에 언급된 모든 고용주로부터 받은 임금을 포함)

주 번호	마지막 근무일 (월/일/년)	근무일 수	총지급액
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
		계산된 평균 총주급:	

10. 현재 혹은 과거의 직업: _____ 직업 11. 노조원: 예 아니요 "예"라고 답한 경우: _____ 노조 이름 또는 노조지부 번호
12. 이 장애 이전에 실업 급여를 청구하거나 수령하고 있었습니까? 예 아니요
 실업 보험 급여를 청구하지 않았거나 또는 청구를 했지만 마지막 근무일 이후에 실업 보험 급여를 수령하지 못한 경우, 이유를 충분히 설명하세요. _____

실업 급여를 받은 경우, 수령한 모든 기간을 기재하세요. _____

파트 A - 청구인의 정보 (정자체로 기재하거나 입력하세요)

13. 본 청구서에 기재된 장애 기간 동안:

A. 임금, 급여 또는 퇴직 수당을 받고 있습니까? 예 아니요

B. 다음을 수령하거나 청구하고 있습니까?

1. 실업 급여? 예 아니요 2. 유급 가족 휴가(PFL)? 예 아니요

3. 업무와 관련된 장애에 대한 산재 보상? 예 아니요

4. 무과실 자동차 사고? 예 아니요 또는 제3자가 관련된 신체 상해? 예 아니요

5. 이 장애에 대한 연방 사회보장법(Social Security Act)에 따른 장기 장애 급여? 예 아니요

13의 항목 중 하나라도 "예"라고 답한 경우, 다음을 작성하세요.

본인은 수령했습니다 청구했습니다 지급기관: _____ 기간: ____ / ____ / _____ ~ ____ / ____ / _____

14. 장애가 시작되기 전 1년(52주) 내에 다른 장애로 인해 장애 급여를 받은 기간이 있습니까? 예 아니요

"예"라고 답한 경우, 지급기관: _____ 기간: ____ / ____ / _____ ~ ____ / ____ / _____

15. 장애가 시작되기 전 1년(52주) 내에 유급 가족 휴가를 받았습니까? 예 아니요

"예"라고 답한 경우, 지급기관: _____ 기간: ____ / ____ / _____ ~ ____ / ____ / _____

16. 귀하가 고용된 기간 중에 또는 마지막 근무일로부터 4주 내에 장애인이 된 경우, 귀하의 장애 신청서(Disability Forms) 통지나 요청으로부터 5일 내에 고용주가 장애법(Disability Law)에 따른 귀하의 권리를 제공했습니까? 예 아니요

이로써 본인은 장애 급여를 청구하며 본 청구에 포함된 기간 동안 장애 상대였음을 확인합니다. 본인은 이 양식의 지침을 읽었으며, 첨부된 진술을 포함한 상기의 진술은 본인이 아는 한도에서 사실이고 완전함을 확인합니다.

청구인의 서명

날짜

청구인이 미성년자거나, 정신적으로 무능력하거나 지적 장애가 있고, 청구인을 대신하여 서명할 법적 자격이 있는 사람만이 서명할 수 있습니다. 청구인이 아닌 사람이 서명하는 경우, 아래 정보를 정자체로 기재하고, 청구인의 산재 보상 기록 공개 허가(Claimant's Authorization to Disclose Workers' Compensation Records) 양식 OC-110A를 작성해서 제출하세요.

청구인을 대신하는 사람

주소

청구인과의 관계

파트 B - 의료 서비스 제공자의 진술 (정자체로 기재하거나 입력하세요)

의료 서비스 제공자의 진술은 모두 작성해야 합니다. 담당 의료 서비스 제공자는 이 양식을 작성해서 수령한 후 **칠(7) 일 내에 청구인에게 돌려줘야 합니다.** 장애가 임신으로 인해 또는 임신과 관련하여 발생한 경우, 7-e 항목에 예상 분만일을 기재하세요. **작성이 완료되지 않은 경우 급여 지불이 지연될 수 있습니다.**

1. 성: _____ 이름: _____ 중간 이니셜: _____

2. 성별: 남성 여성 X 3. 생년월일: ____ / ____ / _____

4. 진단/분석: _____ 진단 코드: _____

a. 청구인의 증상: _____

b. 객관적 소견: _____

5. 청구인이 입원했습니까?: 예 아니요 기간: ____ / ____ / _____ ~ ____ / ____ / _____

6. 수술이 필요했습니까?: 예 아니요 a. 유형 _____ b. 날짜 ____ / ____ / _____

7. 다음 항목에 대해 날짜를 기재하세요	월	일	년
a. 이 장애에 대한 귀하의 최초 치료일			
b. 이 장애에 대한 귀하의 가장 최근 치료일			
c. 이 장애로 인해 청구인이 일을 할 수 없게 된 날짜			
d. 청구인이 다시 일을 할 수 있게 될 날짜 (정확한 날짜를 모를 경우, 날짜를 추정하세요. '알 수 없음' 또는 '분명하지 않음' 등의 용어는 사용하지 마세요.)			
e. 임신이 관련된 경우, 상자에 체크하고 날짜를 입력하세요 <input type="checkbox"/> 예상 분만일 또는 <input type="checkbox"/> 실제 분만일			

8. 이 장애가 직업병이나 고용 과정에서 발생한 상해의 결과라고 생각합니까?
 예 아니요 "예"라고 답한 경우, 진료 기록을 Board에 제출했습니까? 예 아니요

본인에 대해 다음 사항을 확인합니다.

(의사, 카이로프랙터, 치과 의사, 발병 전문가, 심리학자, 조산사)

면허 또는 인증을 받은 주

면허 번호

의료 서비스 제공자의 정자체로 쓴 이름

의료 서비스 제공자의 서명

날짜

의료 서비스 제공자의 주소

전화번호

파트 C - 고용주 정보 (고용주가 작성)

1. 사업체의 완전한 법적 이름 및 우편 주소

사업체 명칭 _____

우편 주소 _____

시, 주 _____

우편번호 _____

국가(미국이 아닌 경우) _____

2. 고용주의 FEIN: _____

3. 연락 정보:

장애 관련 질문에 대해 연락할 수 있는 고용주의 담당자 이름: _____

고용주의 연락 전화번호: _____

고용주의 연락 이메일 주소: _____

4. 근로자가 법정 장애 급여를 제공하는 노조의 일원입니까? 예 아니요

**예"라고 답한 경우, 노조 이름, 주소 및 연락 정보를 제공하세요 _____

5. 근로자 정보:

근로자의 역할: 직원 사업주 파트너 고용주의 배우자 소유자 공동 소유자

근로자의 채용 날짜 (월/일/년): _____

근로자의 마지막 근무일: _____

근로자가 업무에 복귀한 날(해당하는 경우): _____

6. 장애 기간 동안에 급여가 계속 지급됐습니까? 예 아니요

"예"라고 답한 경우, 어떤 유형? (PTO, 병가, 기타): _____

"예"라고 답한 경우, 고용주가 환급을 요청했습니까? 예 아니요

*장애 기간 동안에 고용주가 계속 급여를 지급했거나 근로자가 병가를 사용한 경우에만 환급이 가능합니다

7. 근로자의 장애가 업무와 관련이 있습니까? 예 아니요

8. 장애가 시작된 주부터 장애가 있기 바로 직전 8주 동안 근로자의 총임금을 입력하세요. 그리고 평균 총주급(보너스, 팁, 커미션, 합리적인 가치의 식대, 렌트 등을 포함. 자세한 정보는 지침 참조)을 계산합니다.

주 번호	주 종료일 (월/일/년)	근무일 수	총지급액
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
		계산된 평균 총주급:	

9. 이전 52주 동안에 근로자가 다음에 대한 휴가를 사용했습니까:

NYS 장애 유급 가족 휴가(PFL) 장애 및 PFL 둘 다 없음

장애: 장애에 대해 특정 날짜를 적으세요. _____

유급 가족 휴가(PFL): PFL에 대해 특정 날짜를 적으세요. _____

10. 근로자가 아직도 귀하에게 고용되어 있습니까? 예 아니요

"아니요"라고 답한 경우, 고용이 종료된 날짜: _____

11. 근로자가 실업 급여를 받은 경우, 마지막으로 실업 급여를 받은 날짜: _____

파트 C - 고용주 정보 (고용주가 작성)

본인은 아래 부정 행위 정보를 읽었고 이를 인정하며 아는 한도에서 본인이 제공한 정보가 진실하고 정확함을 확인합니다.

고용주 이름 및 직함: _____

고용주 서명: _____

고용주 연락 전화번호: _____

날짜: _____

뉴욕 개인 정보 보호법(공무원법 제6-A조) 및 1974년 연방 개인 정보 보호법(5 U.S.C. § 552a)에 따른 통지. 사회보장번호를 포함한 청구인의 개인 정보를 요청하는 Workers' Compensation Board(Board)의 권한은 산재보험법(WCL) § 20에 의거한 Board의 조사 권한 및 WCL § 142에 의거한 행정 권한에 따릅니다. 본 정보는 가장 합당한 방법으로 Board의 청구 조사 및 관리를 지원하고 정확한 청구 기록을 유지하도록 돕기 위해 수집됩니다. 청구인이 Board에 사회보장번호를 제공하는 것은 자발적인 것입니다. 청구인이 이 양식에 사회보장번호를 제공하지 않는다 해도 처벌받지 않으며 이로 인해 청구가 거부되거나 혜택이 감소되지 않습니다. Board는 보유한 모든 개인 정보의 기밀을 보장하며 공무상 진행 및 해당 주법과 연방법에 의해서만 공개합니다.

HIPAA 공지 - 산재 보상 청구나 장애 급여 청구를 판정하기 위해, 의료 서비스 제공자는 WCL 13-a(4)(a) 및 12 NYCRR 325-1.3에 따라 정기적으로 Board와 보험회사 또는 고용주에게 진료 기록을 제출해야 합니다. 45 CFR 164.512에 따라 법적으로 요구되는 이 진료 기록은 HIPAA의 건강 정보 공개 제한에서 제외됩니다.

정보 공개: Board는 청구인의 사례에 대한 어떠한 정보도 청구인의 동의 없이는 허가받지 않은 기관에 공개하지 않습니다. 귀하가 그러한 정보를 허가받지 않은 기관에 공개하기로 결정한 경우, 청구인의 산재 보상 기록 공개 허가 양식(Claimants Authorization to Disclose Workers' Compensation Records) OC-110A에 서명해서 원본을 Board에 제출해야 합니다. 이 양식은 WCB 웹사이트(www.wcb.ny.gov)에 있으며 "양식(Forms)" 링크를 클릭해서 접속할 수 있습니다. 인터넷을 이용하지 못하는 경우, (877) 632-4996번으로 전화하세요. OC-110A 대신에 서명하고 공증한 허가서 원본을 제출할 수도 있습니다.

부정 행위 인정 -본 장애 따른 수당이나 급여의 청구를 보고, 조사 또는 조정하는 과정에서 수당이나 급여의 지급을 회피하기 위해 고의로 중요한 사실에 대해 허위로 진술하거나 표현하는 고용주, 보험회사, 근로자, 에이전트 또는 고용주나 보험회사의 대리인은 유죄 및 벌금형과 징역형에 처해질 수 있습니다.